GARANTIE STRAUMANN

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

GARANTIE STRAUMANN (VALABLE À COMPTER DU 1er AVRIL 2012)

1. Étendue de la garantie et bénéficiaires

Cette garantie (« Garantie Straumann » comme définie ci-après) de l'Institut Straumann AG, Bâle, Suisse (« Straumann ») s'applique aux produits nommés ci-dessous ; le médecin traitant/dentiste (l'« Utilisateur ») en est l'unique bénéficiaire. Des tiers, notamment des patients ou des intermédiaires, ne peuvent déduire pour eux aucun droit de cette Garantie Straumann. La Garantie Straumann assure le remplacement des produits du système Straumann® Dental Implant System SDIS et certains produits Straumann® CARES® (les « Produits Straumann »), listés dans la rubrique 2. La Garantie Straumann assure uniquement le remplacement des produits Straumann, et ne couvre aucun des frais associés ; y compris ceux engendrés par l'ensemble des traitements mais sans s'y limiter.

2. Produits Straumann couverts par la Garantie Straumann

	Implant	**Partie secondaire fixée à un implant***	**Restauration fixée sur dent et sur implant****
Garantie de 5 ans	–	Remplacement par une partie secondaire en céramique équivalente*	Remplacement par une restauration en céramique équivalente**
Garantie de 10 ans	–	Remplacement par une partie secondaire métallique équivalente*	Remplacement par une restauration métallique et en résine nanocéramique équivalente**
Garantie à vie	Remplacement par un implant équivalent et une partie secondaire équivalente, si nécessaire	–	–

* y compris barres et bridges vissé(e)s ; hors produits consommables et produits rétentifs comme les ancrages à bille.

** y compris les coiffes, bridges et couronnes anatomiques Straumann® CARES®. À l'exclusion de tous les produits commercialisés par Straumann, notamment les inlays, onlays, facettes et couronnes partielles Straumann® CARES® ainsi que les produits Straumann® CARES® Guided Surgery.

3. Conditions de la garantie

Par la présente, Straumann garantit que si l'un des produits Straumann se révèle défectueux, suite à un défaut de résistance ou de stabilité du produit Straumann au cours de la période de garantie définie dans la rubrique 2, Straumann remplacera le Produit Straumann par le même produit, ou par un produit substantiellement équivalent, comme énoncé dans la rubrique 2.
La période de garantie nommée ci-dessus débute lors du traitement avec un produit Straumann par l'Utilisateur, à la condition que les conditions de garantie suivantes soient remplies individuellement et collectivement et qu'elles soient documentées :

3.1 Seuls des Produits Straumann ont été utilisés et ils n'ont pas été associés avec des produits d'autres fabricants ; Test

3.2 Les produits Straumann ont été retournés sous conditions stériles, désinfectés le cas échéant ou conformément aux indications du mode d'emploi ;

3.3 Les Produits ont été utilisés conformément aux instructions de Straumann (telles qu'indiquées dans le mode d'emploi, entre autres) valides au moment du traitement, et des procédures dentaires reconnues ont été suivies pendant et après le traitement ;

3.4 Bonne hygiène buccale du patient contrôlée par l'Utilisateur ;

3.5 Pas de cas de garantie résultant d'un accident, d'un traumatisme ou de tout autre dommage provoqué par le patient ou par une tierce partie ;

3.6 Le formulaire de garantie a été dûment complété et signé dans un délai de trois mois suivant la survenue du cas de garantie;

3.7 Pour les produits Straumann personnalisés, l'Utilisateur devra fournir à Straumann les données de conception.

4. Limites et limitations

La Garantie Straumann est la seule garantie accordée par Straumann et s'applique en sus des droits de garantie conférés par le contrat de vente. L'Utilisateur reste libre de faire valoir ses droits auprès de son fournisseur. PAR LA PRÉSENTE, STRAUMANN REJETTE TOUTE AUTRE GARANTIE EXPRESSE OU TACITE, ET EXCLUT TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS DE MANQUE-À-GAGNER, DE DOMMAGES DIRECTS OU INDIRECTS OU BIEN DE DOMMAGES COLLATÉRAUX ET SPÉCIAUX, LIÉS DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT AUX PRODUITS, SERVICES OU INFORMATIONS STRAUMANN.

5. Territoire d'application de la garantie

Cette Garantie Straumann s'applique partout dans le monde aux produits Straumann vendus par une société affiliée Straumann ou par un distributeur officiel de Straumann.

5. Modification ou résiliation

Straumann peut à tout moment modifier ou résilier la présente garantie Straumann, dans sa totalité ou en partie. Les modifications apportées à la Garantie Straumann, ou la résiliation de celle-ci, n'affecteront pas la garantie concédée aux termes de la présente Garantie Straumann sur les Produits Straumann installés avant la date de modification ou de résiliation.

straumann

QUESTIONNAIRE DE GARANTIE

1. INFORMATIONS SUR LE CLIENT

Nom du clinicien

Adresse

N° de compte client

Téléphone

Pays

Signalé par

2. INFORMATIONS SUR LES PRODUITS (Veuillez mentionner tous les produits Straumann concernés)

N° d'article	N° de lot	Date de la pose (J/M/A)	Date du retrait (J/M/A)	Région

3. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT (Compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'implants)

N° ID patient Âge ☐ Femme ☐ Homme

Antécédents médicaux :

☐ Diabète sucré
☐ Rayonnement dans les régions thorax-tête/cou
☐ Maladie traitée par stéroïdes
☐ Chimiothérapie à une période proche de la pose de l'implant
☐ Trouble psychologique
☐ Xérostomie
☐ Trouble lymphatique
☐ Consommation abusive de drogues ou d'alcool
☐ Maladie endocrine non contrôlée
☐ Immuno-résistance compromise
☐ Trouble de la coagulation

Allergies : _____

Autres maladies locales ou systémiques pouvant avoir une influence : _____

Le patient est-il fumeur ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Rien à signaler

4. INFORMATIONS SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE (Compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'implants)

☐ Pose manuelle ☐ Adaptateur pour pièce à main

Si l'implant a été posé et retiré le même jour, est-ce que cet implant ou un autre a pu ensuite être posé avec succès au cours de l'intervention ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez éprouvé des difficultés pour insérer le dispositif/la pièce de transfert pré-montée, à quel moment cela s'est-il produit ?

☐ Insertion de l'implant dans l'os
☐ Extraction de l'implant hors de l'ampoule
☐ Extraction du dispositif hors de l'implant

Autre : _____

Lors de l'intervention, éléments à signaler :

☐ Maladie parodontale
☐ Infection locale/ostéite chronique subaiguë
☐ Atteinte de la muqueuse
☐ Complication lors de la préparation du sit

☐ Qualité d'os	☐ Typ I	☐ Typ II	☐ Typ III	☐ Typ IV
Le site a-t-il été taraudé ?	☐ Oui	☐ Non	☐ n.a.	
Utilisation d'une clé de maintien	☐ Oui	☐ Non	☐ n.a.	
La stabilité primaire a-t-elle été obtenue ?	☐ Oui	☐ Non		
L'ostéointégration de l'implant a-t-elle été obtenue ?	☐ Oui	☐ Non		
La surface de l'implant a-t-elle été complètement recouverte par l'os ?	☐ Oui	☐ Non		

L'augmentation a-t-elle été effectuée lors de l'intervention ?

☐ Non ☐ Sinus ☐ Crête

Matériau utilisé : _____

Une membrane RGT a-t-elle été utilisée ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Résorbable ☐ Non résorbable

Matériau utilisé: _____

5. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'INCIDENT (Compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'implants)

Hygiène autour de l'implant ☐ Excellente ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise

L'un des événements suivants est-il lié à l'incident ?

☐ Traumatisme/accident
☐ Surcharge biomécanique
☐ Site d'extraction immédiat
☐ Proximité d'une dent ayant subi un traitement endodontique
☐ Langue (pression)
☐ Fracture de l'implant
☐ Surchauffe de l'os
☐ Infection péri-implantaire
☐ Infection
☐ Bruxisme
☐ Quantité/qualité osseuse inadéquate
☐ Antécédent d'augmentation osseuse
☐ Compression du nerf
☐ Perforation du sinus
☐ Résorption osseuse

Autre : _____

Au moment de l'échec de l'implant, il y a eu :

☐ Douleur ☐ Saignement ☐ Gonflement ☐ Engourdissement
☐ Mobilité ☐ Fistule ☐ Absence de symptômes ☐ Inflammation
☐ Hypersensibilité ☐ Sensibilité accrue ☐ Abcès Autre : _____

La prothèse a-t-elle été posée? ☐ Non ☐ Oui Si oui, merci de compléter la rubrique 6.

Veuillez expliquer pourquoi vous pensez que l'implant a échoué/a été extrait :

_____

_____

6. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA PROTHÈSE
(Compléter cette rubrique uniquement en cas de retour de parties secondaires et de restaurations)

N° de projet : _____ ☐ Modèle ☐ Insertion ☐ Utilisé

Type de restauration ? ☐ Couronne ☐ Bridge ☐ Prothèse amovible partielle (supérieure) ☐ Prothèse amovible partielle (inférieure)
☐ Prothèse intégrale (supérieure) ☐ Prothèse intégrale (inférieure) Autre : _____

Date de pose de la partie secondaire ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date de retrait de la partie secondaire (J/M/A) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Un appareil de contrôle du couple a-t-il été utilisé ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Couple appliqué ☐☐ Ncm

Date de pose de la restauration provisoire ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Date de pose de la restauration définitive ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Le planning des visites de suivi a-t-il été respecté ? ☐ Oui ☐ Non

Description de l'incident :

_____

_____

7. INSTRUMENTS (Compléter cette rubrique uniquement en cas de retour d'instruments)

Nombre approximatif d'utilisations : (instruments coupants uniquement) ☐ Première utilisation ☐ 2–5 ☐ 6–10 ☐ 10–15 ☐ Plus de 15

Méthode de nettoyage employée ☐ Manuel ☐ Par ultrasons ☐ Thermodésinfection Autre : _____

Méthode de stérilisation employée ☐ Autoclave ☐ Chaleur sèche ☐ Chemiclave

Brève description de l'incident :

_____

_____

Veuillez renvoyer le questionnaire et le produit autoclavé et joindre les radiographies (le cas échéant).
Veuillez utiliser une enveloppe à bulles pour le retour des articles. Dans le cas contraire, les articles risquent d'être endommagés ou perdus lors de l'expédition, ce qui annulerait le programme de garantie.
Veuillez traiter tous les produits par autoclave et les marquer comme **stérile**.

Conformément aux Termes et Conditions de Garantie de Straumann, veuillez prendre en compte notre demande de remplacement des produits mentionnés ci-dessus.

Signature du médecin : _____ Date : _____

POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

☐ CSN ☐ PSO ☐ ASR ☐ RPC ☐ Information incomplète ☐ Version/N°

www.straumann.com

International Headquarters
Institut Straumann AG
Peter Merian-Weg 12
CH-4002 Basel, Switzerland
Phone +41 (0)61 965 11 11
Fax +41 (0)61 965 11 01

© Institut Straumann AG, 2012. Tous droits réservés.
Straumann® et/ou les autres marques commerciales et logos de Straumann® mentionnés ici sont des marques commerciales ou marques déposées de Straumann Holding AG et/ou de ses sociétés affiliées. Tous droits réservés.

Les produits Straumann sont estampillés CE 10/12 153.360/fr BA21012